



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 061 - 2022-DG-HONADOMANI-SB



# Resolución Directoral

Lima, 04 de Abril de 2022

## VISTO:

El Expediente N° 04126-22; y,

## CONSIDERANDO:

Que, el artículo I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, dispone que "La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo", y que "La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla";

Que, la Ley N° 27658 – Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado, declara al Estado Peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, descentralizado al servicio del ciudadano;

Que, con Resolución Ministerial N° 1143-2019/MINSA se aprueba la Directiva Administrativa N° 280-MINSA/2019/OGPPM: Directiva Administrativa para la Formulación Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos de los Órganos Desconcentrados, Programa y Organismos Públicos adscritos del MINSA, que tiene como finalidad: "Contribuir al logro de los Objetivos Institucionales y Sectoriales con los Planes Específicos Estandarizados de los Órganos, Unidades Orgánicas, Órganos Desconcentrados, Programas y Organismos Públicos adscritos del MINSA en su estructura, factibles de realizar el seguimiento y evaluación en concordancia con los instrumentos de gestión sectorial e institucional, con enfoque de resultados";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA de fecha 05 de julio del 2021, se resuelve aprobar el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuya finalidad es fortalecer el rol de Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud (ANS) a través de sus Direcciones u Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Adscritos; cuyo Objetivo General consiste en establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras;

Que, a través de la Resolución Directoral N°064-2021-DG-HONADOMANI-SB de fecha 09 de abril de 2021, se aprobó el Documento Técnico: Plan de Gestión de la Calidad 2021 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Que, mediante Nota Informativa N° 062-2022-OGC-HONADOMANI-SB de fecha 07 de marzo de 2022, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad se dirige al Director General e informa que, en cumplimiento de los criterios de programación de actividades EESS con categoría II y III 2022, del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud – Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, se ha desarrollado el Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2022, a fin de implementar la primera actividad de planeamiento: Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud por EESS (Categoría II-III), cuya fuente de verificación es el *Plan de Gestión de la calidad en Salud aprobado por la Dirección*;

Que, a través del Informe N° 033-UPO-OEPE-2022-HONADOMANI-SB de fecha 10 de marzo de 2022, la Coordinadora del Equipo de Planeamiento y Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, concluye que el documento técnico presentado por la Oficina de Gestión de la Calidad, "Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2022 HONADOMANI "San Bartolomé". está debidamente alineado al PEI del



Que, con Nota Informativa N° 045-2022-DA-HONADOMANI-SB de fecha 21 de marzo de 2022, el Director Adjunto en el marco de su competencia otorga opinión favorable para la aprobación del Documento Técnico: Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2022 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"; en consecuencia a través del Memorando N° 117-2022-DG-HONADOMANI.SB, el Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", solicita al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica se sirva realizar la proyección del acto resolutorio correspondiente;



Que, los actos de administración interna se orientan a la eficacia y eficiencia de los servicios y a los fines permanentes de las entidades, estos son emitidos por el órgano competente siendo su objeto física y jurídicamente posible, conforme se desprende del numeral 7.1 del artículo 7° del Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, en ese sentido resulta necesario emitir el acto resolutorio de aprobación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2022, cuya finalidad es contribuir al logro de los objetivos estratégicos institucionales de calidad, establecidos en el Sistema de Gestión de la Calidad y en los documentos de gestión del HONADOMANI "San Bartolomé";

Con la visación de la Dirección Adjunta, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 051-2022/MINSA, como Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" y de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

#### SE RESUELVE:

**Artículo Primero.- Aprobar** el Documento Técnico: **Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2022 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"**, que como anexo forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

**Artículo Segundo.- Dejar** sin efecto la Resolución Directoral N° 064-2021-DG-HONADOMANI-SB de fecha 09 de abril de 2021, que aprobó el Documento Técnico: Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2021 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

**Artículo Tercero.- Disponer** que la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", se encargue de la difusión, cumplimiento, implementación, monitoreo y evaluación del "Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2022".

**Artículo Cuarto.- Disponer** que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación de la presente Resolución en el portal de la página web del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" [www.sanbartolome.gob.pe](http://www.sanbartolome.gob.pe)

**Regístrese, Comuníquese y publíquese**

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"  
M.C. SANTIAGO G. CABRERA RAMOS  
Director General  
CMP. 16739 RNE. 7427

SGCR/NRFP/ASP/JCYO/lccs  
c.c.

- DA
- OEPE
- OGC
- OAJ
- OEI
- Archivo



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE  
NIÑO SAN BARTOLOME

OFICINA DE GESTIÓN DE LA  
CALIDAD



DOCUMENTO TÉCNICO:

“PLAN DE GESTIÓN DE  
LA CALIDAD EN SALUD  
2022

HONADOMANI SAN  
BARTOLOMÉ”



Marzo - 2022

**Dr. Santiago Cabrera Ramos**

**Director General**

**Dr. Santiago Cabrera Ramos**

**Director Adjunto**

**Dr. Álvaro Santivañez Pimentel**

**Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad**

**Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad**

**Dr. Edson Valdivia Vera**

**Lic. Flor de María Huamán Astocondor**

**Lic. Gloria Asmat Bautista**

**Lic. Jackeline Macassi Meza**

**Abog. Adolfo Philippon Chang**

**Asistente Administrativo**

**Sra. Socorro Simón Moreno**



## INDICE

I.	4
II.	4
III.	4
IV.	5
V.	6
VI.	15
VII.	30
VIII.	30
IX.	31
X.	31
XI.	32

## I. INTRODUCCION

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" inició sus funciones formalmente en el mes de Mayo del 2002, según Resolución Directoral N° 130-SA-OP-HONADOMANI-SB-2002 desde entonces ha implementado estrategias y desarrollado actividades orientadas a mejorar la calidad de la prestación de nuestros servicios, así como de los procesos asistenciales y administrativos.

El Sistema de Gestión de la Calidad aprobado por RM N° 519-2006/MINSA define el marco de las acciones de la Oficina de Gestión de la Calidad, teniendo como objetivo general *"Mejorar continuamente la calidad de los servicios, recursos y tecnologías del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos que sea claramente percibida por la población"* y entre sus objetivos específicos el *"Lograr la satisfacción de los usuarios del servicio"*.

En el marco de los objetivos señalados la Oficina de Gestión de la Calidad se ha planteado en el presente año 2022, alcanzar como resultado, fortalecer la efectividad de las intervenciones de mejora de la calidad y de seguridad de la atención, que contribuyan a la acreditación del Hospital, para brindar una atención segura y centrada en el usuario.

El presente Plan representa el esfuerzo de todo el equipo de nuestra Oficina para integrar nuestras actividades, considerando además su monitoreo y la evaluación de los resultados en un solo instrumento de gestión, que permita el abordaje integral del trabajo en calidad que nos vemos impulsados y comprometidos en realizar para el logro de los objetivos institucionales, con un énfasis mayor en las rondas de seguridad y la autoevaluación para la acreditación.

Con la finalidad de alcanzar los objetivos institucionales de calidad trazados, se ha seguido los lineamientos emanados de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del MINSA, pero también recogiendo la problemática propia de nuestro hospital.

## II. FINALIDAD

Contribuir al logro de los objetivos estratégicos institucionales de calidad, establecidos en el Sistema de Gestión de la Calidad y en los documentos de gestión del HONADOMANI San Bartolomé.

## III. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Decreto de Urgencia N° 017-2019, que establece medidas para la cobertura universal de salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006 - SA "Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Decreto Supremo N° 031-2014-SA.- Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA.- Reglamento de la Ley 29414 Ley que Establece el Derecho de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 001-2022-SA.- Decreto Supremo que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir



en el año 2022 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado.

- Resolución de Secretaría de Gestión Pública N°001-2019-PCM/SGP – aprueba – Norma Técnica N°001-2019 PCM/SGP Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público.
- Resolución Ministerial 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, que aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 1021-2010-MINSA aprueba "Guía técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía"
- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial N° 414-2015-MINSA aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica"
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la "NTS N° 029 MINSA/DIGEPRES-V.02, Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud"
- Resolución Ministerial N° 811-2018/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°251-MINSA/2018/DGOS, "Directiva para la elaboración e implementación del Plan Cero Colas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) adscritas al Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".
- Resolución Ministerial N° 251-2020-MINSA, que establece el 5 de mayo como el "Día Nacional de Higiene de Manos".
- Resolución Ministerial N° 316-2020-MINSA. Comité de Vigilancia de asignación y uso de Equipos de Protección Personal.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"

#### IV. AMBITO DE APLICACION

El presente Plan de Gestión de la Calidad es de aplicación en todos los subsistemas funcionales de atención del HONADOMANI "San Bartolomé".



## V. COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO

### 5.1. Cuestiones externas

VARIABLES	DESCRIPCIÓN	AMENAZA	OPORTUNIDAD
Política	Rotación frecuente de cargos en la alta dirección	X	
Económica	Crisis económica	X	
	Competencia del mercado	X	
Social	Acceso a usuarios de menor recursos		X
Tecnología	Facilita integrar información y la hace accesible		X
Legal	Contribuir al cumplimiento de normas y directrices determinados por el órgano central		X
Normativa	Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias		X
Medio ambiente	Uso de recursos cuidando el ecosistema		X

### 5.2. Cuestiones internas

VARIABLES	DESCRIPCIÓN	DEBILIDAD	FORTALEZA
Organización valores	Identificación institucional		X
Organización cultura	Cultura de seguridad y de calidad	X	
Administración	Procesos administrativos lentos	X	
Recursos tecnológicos	Sistemas Tecnológicos e informáticos desfasados	X	
Recursos humanos	Con experiencia y capacidad técnica		X

### 5.3. Partes interesadas

Variables	Parte interesada	Descripción de necesidad o expectativa
Usuario	Externos	Satisfacción con la atención de salud / resolución de problemas de salud
Usuario	Internos	Satisfacción laboral, preservar su integridad
Ministerio de Salud	Área funcional de calidad	Implementar lineamientos del nivel central
DIRIS Lima Centro	Oficina de Calidad	Mejorar la coordinación y articulación del trabajo en calidad
Dirección del hospital	Alta Dirección	Cumplir con Acuerdos de Gestión. Implementar normas del MINSA. Informar sobre problemas de calidad.

## VI. IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME

El Sistema de Gestión de la Calidad del HONADOMANI San Bartolomé, está articulado a la Política Nacional de Calidad en Salud aprobada mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA; por lo tanto, contribuye a la implementación de las políticas referentes a las Organizaciones Proveedoras de Atención de Salud y sus Establecimientos de Salud, como se describe a continuación:

El HONADOMANI San Bartolomé, establece y dirige estrategias de implementación de la política nacional de calidad, mediante sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y que hace de la mejora continua su tarea central.

**Objetivo:**

Garantizar la adecuada implementación de las políticas nacionales de calidad.

**Estrategia:**

Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad de la Atención de Salud.

En ese marco, el presente Plan de Gestión de la Calidad se articula con las siguientes Políticas Nacionales de Calidad de la Atención en Salud:

**Séptima Política:**

Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la



atención; aprobados por la Autoridad Sanitaria e implementen acciones de mejora de la calidad de la atención.

**Objetivo:**

Mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente.

**Estrategias:**

Acreditación de establecimientos y servicios médicos de apoyo.

Implementación de planes, programas y procesos de mejora de la calidad de la atención en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

**Octava Política:**

Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud.

**Objetivo:**

Reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos.

**Estrategias:**

Implementación de mecanismos de información sobre la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.

Implementación de planes de seguridad para la gestión de la reducción y mitigación de los riesgos derivados de la atención.

**Novena Política:**

Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, protejan los derechos de los usuarios, promuevan y velen por un trato digno, asimismo, fomenten prácticas de atención adecuadas a los enfoques de interculturalidad y género y brinden las facilidades para el ejercicio de la vigilancia ciudadana de la atención de salud.

**Objetivo:**

Garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud de los usuarios con enfoque de interculturalidad y género.

**Estrategias:**

Implementación de instancias y mecanismos de protección de los derechos de los usuarios.

Promoción de prácticas de atención orientadas por los enfoques de interculturalidad y género.

Implementación de mecanismos para el acceso a la información de la atención brindada a los usuarios.

Así mismo, en el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud establece cuatro (04) componentes: Planificación, Organización, Garantía y Mejora, e Información para la calidad. El despliegue del SGC en el HONADOMANI San Bartolomé se desarrolla en cada uno de esos cuatro componentes:

## 1.1 PLANIFICACION

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, desarrolla la planificación del sistema de gestión de la calidad en el

hospital, considerando el marco normativo vigente y establecido por el Ministerio de Salud como lo son el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" aprobado con Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, en mayo del 2006 y el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" aprobado mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, en octubre del 2009. Asimismo, se toma en consideración la Matriz de los Criterios de Programación de Actividades EESS con Categoría II-III remitida por la DIRIS LIMA CENTRO, y los Compromisos de Mejora, asignados por la Dirección General mediante MEMORANDO N°002-2022-DA-001-MIP-HONADOMANI-SB el 07 de enero del 2022.

Los planes que debe elaborar la Oficina de Gestión de la Calidad son los siguientes:

1. Plan de Gestión de la Calidad 2022
2. Cronograma Rondas Seguridad 2022
3. Plan de Mejora Autoevaluación 2021
4. Plan de Autoevaluación 2022
5. Plan de Mejora Continua de la Calidad 2022
6. Plan Cero Colas 2022
7. Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención 2022

## 1.2 ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, la Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica de asesoría encargada de la implementación del sistema de gestión de la calidad en el hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa a los pacientes, con la participación activa del personal y el involucramiento del usuario. Interactúa a nivel interno con los diferentes departamentos, oficinas, servicios y unidades, como también con la Dirección General en su condición de órgano de asesoría; a nivel externo interactúa con sus referentes a nivel de las instancias superiores (DIRIS) y el ente rector LA Unidad Funcional de Gestión de la Calidad.

Para el cumplimiento de sus responsabilidades funcionales establecidas en el Manual de Organización y Funciones vigente, cuenta con tres unidades (Gráfico N°1):

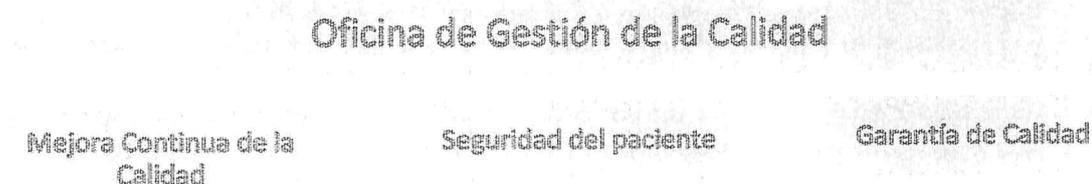
**Unidad de mejora continua de la calidad**, encargado de constituir el soporte de la gestión de la calidad, orientado a desarrollar metodologías de trabajo que permitan el mejoramiento permanente de la calidad de los servicios, mediante acciones, programas y proyectos de mejora, que minimicen los riesgos y los índices de insatisfacción tanto del usuario externo como del interno, favoreciendo mejorar la competitividad y la organización funcional de los servicios del hospital.

**Unidad de garantía de calidad**, encargado de desarrollar un conjunto de acciones en forma deliberada y sistemática con la finalidad de normar, vigilar y mejorar el desempeño, en forma continua y cíclica, permitiendo que la prestación de servicios sea eficaz, eficiente y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario. La garantía de la calidad implica la generación, mantenimiento y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

**Unidad de seguridad del paciente**, encargado de desarrollar un conjunto de acciones en forma deliberada y sistemática orientadas a reducir el número de eventos externos y crear una cultura de seguridad en la organización, de modo que la atención ofrecida a los pacientes se dé minimizando la exposición al riesgo.



## Gráfico N° 1. ORGANIZACION DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD



*Diseño: Oficina de Gestión de la Calidad. 2020*

### 1.3 GARANTIA Y MEJORA

#### Evaluación monitoreo y toma de decisiones

La Oficina de Gestión de la Calidad promueve la formulación de indicadores de la calidad y seguridad de la atención institucional. Hasta la fecha se han aprobado los Indicadores de Calidad de Banco de Sangre con Resolución Directoral N° 201-2019-DG-HONADOMANI-SB del 14 de noviembre del 2019.

#### Auditoria de la calidad de atención

Anualmente el hospital formula y aprueba el Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud mediante una Resolución Directoral, para el año 2021 el plan de auditoría se formuló en el marco de la norma de auditoría: "NTS N° 029 MINSA/DIGEPRES-V.02, Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud". En el año 2021, el Plan de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud se aprobó mediante la Resolución Directoral N°030-2021-DG-HONADOMANI SB (05/03/2021).

Mediante la Resolución Directoral N°162-2021-DG-HONADOMANI-SB se conformó el Comité de Auditoría Médica y el Comité de Auditoría en Salud se conformó mediante la Resolución Directoral N°205-2021-DG-HONADOMANI-SB.

Mediante la Resolución Directoral N°263-2018-DG-HONADOMANI-SB se conformó un Comité de Auditoría Médica Adscrita del Departamento de Pediatría.

#### Acreditación de establecimientos

El hospital ha llevado a cabo trece autoevaluaciones desde el año 2008. Cada autoevaluación implicó la designación formal de los Evaluadores Internos y la elaboración y oficialización del Plan de Autoevaluación; en el año 2021, se hizo mediante la RD N°155-2021-DG-HONADOMANI-SB y la RD N°222-2021-DG HONADOMANI-SB, respectivamente.

A lo largo de estos doce años, se han implementado diversas estrategias como la semaforización, el monitoreo de los macroprocesos priorizados, el monitoreo del cumplimiento de los compromisos para mejorar los estándares, la asistencia técnica permanente a los servicios, entre otras estrategias, todo ello con la finalidad de mejorar continuamente los procesos y cumplir con los estándares establecidos para la acreditación.

En el 2022, el proceso de autoevaluación se está incorporando en los Compromisos de Mejora Institucional.

### Seguridad del paciente

Uno de los aspectos importantes en la gestión de la calidad en salud, es la disminución de los riesgos en la atención de salud, por ello la Oficina de Gestión de la Calidad desde el año 2006 ha implementado un sistema de notificación de eventos adversos, oficializado mediante Resolución Directoral N° 205-DG-HONADOMANI-SB-2006, del 30 de noviembre del 2006, la cual ha sido reformulada en el año 2014 y oficializada mediante la Resolución Directoral N° 0310-DG-HONADOMANI-SB-2014 (que aprobó la Directiva Sanitaria N° 001 para la Implementación del Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad) a partir de ellos y de manera complementaria se han implementado otros procesos que permiten identificar o prever riesgos, como:

- Las rondas de seguridad
- Los análisis de causa raíz
- Las alertas de seguridad
- La Lista de Verificación de Cirugía Segura

La mayoría de estos procesos se desarrollan mensualmente generando reportes que permiten el monitoreo y evaluación permanente, con recomendaciones para la implementación de acciones orientadas a disminuir los riesgos en la atención.

Mediante la Resolución Directoral N°125 DG-HONADOMANI-SB-2018, se aprobó el Documento Técnico: Instructivo para el llenado de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

Mediante la Resolución Directoral N°014 -DG - HONADOMANI - SB/2018, se aprobó la Guía Técnica: Metodología para el Análisis de Causa Raíz de Eventos Centinela.

Mediante la Resolución Directoral N°084 -DG - HONADOMANI - SB/2021, se aprobó el Documento Técnico: Rondas de Seguridad en Tiempos de COVID-19 del Hospital Nacional Docente Madre niño San Bartolomé.

En el 2022, las rondas de seguridad se están incorporando en los Compromisos de Mejora Institucional.

El reporte de incidentes de seguridad se da de la siguiente manera:

Tabla N° 01: Porcentaje de Servicios que reportan Incidentes de seguridad del paciente. Enero a Diciembre 2021.

N° SERVICIO	DEPARTAMENTO SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
		% de Reportes											
	<b>DPTO DE GINECOGINECOSTRUCIA</b>	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
1	Servicio de Medicina Materno Perinatal	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
2	Servicio de Diagnóstico de Patología del Aparato Reproductivo	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF
3	Servicio de Reproducción Asistida	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF
4	Servicio de Ginecología Oncológica	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF
5	Servicio de Patología	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF
6	Servicio de Medicina Especializada	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF
	<b>DPTO DE PEDIATRIA</b>	67%	50%	50%	17%	33%	33%	17%	17%	67%	50%	50%	17%
7	Servicio de Neonatos	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
8	Servicio de Pediatría	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
9	Servicio de Urgencia	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
10	Servicio de Pediatría	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
11	Servicio de Pediatría Especializada	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF
12	Servicio de Medicina Perinatal	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF
	<b>DPTO DE CIRUGIA PEDIATRICA</b>	33%	66%	33%	33%	66%	100%	66%	66%	100%	33%	33%	33%
13	Servicio de Cirugía Pediatría (Unidad Especializada de Cirugía)	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
14	Servicio de Cirugía Plástica	NF	R	NF	NF	R	R	R	R	R	R	R	R
15	Servicio de Cirugía Especializada	NF	NF	NF	R	NF	R	NF	NF	R	NF	NF	NF
	<b>DPTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA</b>	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	0%
16	Servicio de Odontopediatría	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF
17	Servicio de Odontología	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	R	NF
	<b>DPTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS</b>	50%	50%	75%	75%	50%	50%	100%	75%	25%	25%	50%	50%
18	Servicio de Urgencia	NF	NF	R	R	NF	NF	R	R	NF	R	R	NF
19	Servicio de Cuidados Críticos de Medicina	R	R	R	R	NF	R	R	R	NF	NF	NF	NF
20	Servicio de Cuidados Críticos de Medicina Especializada	R	R	R	R	R	R	R	R	R	NF	R	R
21	Servicio de Cuidados Críticos de Medicina	NF	NF	NF	NF	R	NF	R	NF	NF	NF	NF	R
	<b>DPTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO</b>	33%	33%	33%	33%	33%	33%	0%	0%	0%	0%	33%	33%
22	Servicio de Anestesiología	R	R	R	R	R	R	NF	NF	NF	NF	R	R
23	Servicio de Pediatría	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF
24	Servicio de Medicina Especializada	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF
	<b>DPTO DE APOYO AL TRATAMIENTO</b>	25%	25%	50%	25%	25%	25%	50%	50%	50%	50%	50%	25%
25	Servicio de Farmacia	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF
26	Servicio de Fisiología	NF	NF	R	NF	NF	NF	NF	NF	NF	R	NF	NF
27	Servicio de Medicina Especializada	NF	NF	NF	NF	NF	NF	R	R	R	NF	R	NF
28	Servicio de Farmacia	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	<b>DPTO DE AYUDA AL DIAGNOSTICO</b>	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
29	Servicio de Patología	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF
30	Servicio de Patología Especializada	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF
31	Servicio de Diagnóstico por Imágenes	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF

N: Reporte no existe R: Reporte existente NF: Servicios no reportados por la institución

Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Servicio. Unidad de Seguridad del Paciente -OGC



En el año del 2021 estamos considerando en la tabla N° 01, el porcentaje de servicios que reportan casos de incidentes de seguridad, los que reportan cero incidentes de seguridad (NR) y los que no envían ningún informe (NI). Los servicios que están de color verde son los que han enviado fichas de incidentes de seguridad (reportan casos) y los servicios de color rojo, son aquellos que informan cero incidentes (no reportan casos - NR) y los que no envían ningún informe (NI). El porcentaje por Departamento resulta de los servicios que si reportan casos.

En la tabla N° 01 en el año 2021, Observamos que de los 31 servicios (Unidades Notificantes) de todo el hospital 02 servicios no han funcionado (NF) por el contexto de la pandemia, de los 29 que han funcionado solo 12 servicios (41%) han enviado de manera regular el consolidado de incidentes de seguridad reportando casos. 11 servicios (38%) han reportado de manera constante cero casos y 06 servicios (21%) permanentemente no han informado, ello implica que aparentemente habrían mitigado y/o controlado la ocurrencia de incidentes de seguridad (lo cual es poco probable en un estado de Pandemia); por lo tanto, podríamos concluir que lo más probable es que estamos frente a un sub-registro, esto debe ser analizado por cada jefatura de los Departamentos y Servicios. La literatura reporta que la prevalencia de eventos adversos es de alrededor del 10% de los pacientes internados.

#### Estandarización de la Atención

Mediante la Resolución Directoral N°089 -DG -HONADOMANI -SB -2018, se aprobó la Guía Técnica para la Elaboración de una Guía de Procedimiento Asistencial.

La elaboración de las guías de práctica clínica está regulada por la Directiva Sanitaria N° 002-OGC-HONADOMANI-SB-2009-V.01 "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica".

Respecto a las Guías de Práctica Clínica, se está optando por la adopción de guías ya elaboradas.

#### Mejoramiento continuo de la calidad

La Oficina de Gestión de la Calidad en el marco de sus responsabilidades funcionales a través de la Unidad de Mejora Continua de la Calidad, promueve la implementación de proyectos de mejora, por lo cual desarrolla cada año cursos talleres de fortalecimiento de capacidades para el desarrollo de proyectos de mejora (PMC) y que están dirigidos a los equipos técnicos de los diferentes departamentos, servicios y unidades del hospital, ello nos permite: Sensibilizar y capacitar en filosofía e Instrumentos de mejora continua de la calidad a los equipos de salud y que se elaboren planes de mejora de procesos en las diferentes Unidades Productoras de Servicios.

La metodología utilizada corresponde a la establecida en la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad, aprobada mediante la R.M. 095-2012-MINSA.

Complementariamente se brinda asistencia técnica permanente a las diversas oficinas y departamentos para el desarrollo de sus PMC.

Mediante la Resolución Directoral N°157-2021-DG-HONADOMANI-SB, se aprobó el Documento Técnico: Manual Metodológico para el Desarrollo de Proyectos de Mejora de la Calidad en el Hospital Nacional Docente Madre Nilo San Bartolomé.



## 1.4 INFORMACION PARA LA CALIDAD

### Instrumentos para la medición de la calidad

El 11 de julio del 2011, mediante la Resolución Ministerial N°527-2011/MINSA, se aprueba la "Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo" la cual uniformiza el instrumento de evaluación de la satisfacción del usuario externo a nivel nacional.

En el marco de esta norma, la Oficina de Gestión de la Calidad realiza cada año la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización, centro quirúrgico y centro obstétrico, lo que permite identificar aspectos de mejora a través de la implementación de proyectos u otras acciones o estrategias a fin de prestar una atención de salud de calidad.

Sin embargo, en el contexto de la epidemia hay restricciones económicas para contratar encuestadores, así como en la seguridad de los encuestadores.

Mediante la Resolución Directoral N°086-2021-DG-HONADOMANI-SB, se aprobó el Documento Técnico: Manual para el Desarrollo de Entrevistas en Profundidad en el Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Nilo San Bartolomé.

### Mecanismos para la atención del usuario

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé se ha implementado un sistema de escucha al usuario, a través de la implementación de la Plataforma de Atención al Usuario y del sistema de atención de reclamos y sugerencias. Las actividades de la Plataforma de atención al usuario están reguladas por la Directiva Administrativa N°01.2017. V.01 "Para la Implementación y Funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé", aprobada mediante la Resolución Directoral N°084 -DG-HONADOMANI-SB-2017.

El manejo de la Plataforma de Atención al Usuario esta ahora a cargo de la Oficina de Comunicaciones, mediante la Resolución Directoral N°054 -2019 -DG-HONADOMANI-SB. En el año pasado ha sido actualizada mediante la Resolución Directoral N°199-2021-DG-HONADOMANI-SB, que aprobó el Documento Técnico: Directiva Administrativa N°01-2021-V.01 Del Funcionamiento de la Plataforma de Atención del Usuario en Salud del Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé.

La Oficina de Gestión de la Calidad es la responsable de la atención de los reclamos que se registran en el Libro de Reclamaciones y que está normado por el Decreto Supremo N°002-2019-SA Reglamento para la Gestión de Reclamos y denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud-IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.

Sin embargo, dado el contexto de la epidemia, fue necesario pasar de procesos de reclamos presenciales a virtuales, por lo que en febrero del 2021 se han iniciado las atenciones de reclamos virtuales.



### Medición del tiempo de espera

La Oficina de Gestión de la Calidad regularmente realiza una medición anual del tiempo de espera en los procesos de atención al usuario. Esta medición cobra mayor énfasis con la dación de la Directiva Administrativa N°251-MINSA/2018/DGOS, "Directiva para la elaboración e implementación del Plan Cero Colas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) adscritas al Ministerio de Salud".

Sin embargo, la oferta de atención virtual y presencial, pasa por el otorgamiento de citas por admisión, creándose un cuello de botella, por lo que las mediciones de tiempos de espera se hicieron en torno a este proceso.

## VII. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

### LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ

Vamos a valorar la calidad de la atención en el HONADOMANI San Bartolomé a través de las tres dimensiones de la calidad: entorno, humana y técnica.

La dimensión entorno tiene que ver con los elementos tangibles de la prestación y los procesos de soporte de la atención médica. La dimensión humana tiene que ver con la información que brindamos a los usuarios y nuestra empatía con el paciente. La dimensión técnica tiene que ver con la capacidad de dar una respuesta técnica y basada en evidencia científica, es decir una atención segura.

#### 1.- DIMENSIÓN ENTORNO

En el año 2021 no se han llevado a cabo encuestas de satisfacción por lo que no tenemos valoraciones sobre la dimensión entorno.

En los últimos años, la población que acude a nuestro hospital, en términos generales, muestra satisfacción con los aspectos tangibles de la atención. Sin embargo, esta ha sufrido cambios significativos a raíz de la epidemia.

La hospitalización ha reubicado algunas camas en el primer piso, donde antes funcionaban los consultorios. En las áreas COVID hay camas de hospitalización tanto en pediatría como en ginecobstetricia.

La emergencia se ha duplicado, existe emergencia COVID y no COVID tanto en pediatría como en ginecobstetricia.

La consulta externa se ha reubicado a los espacios ubicados en la cochera, quedando sin uso aquellos ubicados en el hospital propiamente dicho. Antes, casi todos los consultorios se encontraban en el primer piso, ahora los encontramos también en el segundo piso.

Asimismo, han manifestado malestar respecto a la privacidad:

"La sala de espera mucha gente, el baño para prepararse para atenderse con el doctor no es privado, estas toda desnuda con otras, tienes que cruzar la sala de extremo a extremo a la otra sala así desnuda solo con bata nada por dentro y así se

siente mal, somos mujeres, pero no debe ser así, ¿allí ingresan varias personas, donde queda la privacidad?".

También han surgido observaciones respecto a las distancias y ambientación en la cochera:

"Entre farmacia, consultorio y cuentas corrientes hay mucha distancia, habilitar que farmacia prefacture para no tener que trasladarse de un lado a otro y nos exponemos".

"En la cochera es un sitio de muerte, es como un almacén, primero la escalera de metal, hay carpa, sillas, carpetas, no hay mucho espacio impide movilizarse, los consultorios deben estar en un mejor lugar o en el primer piso, guardar lo que está allí para tener espacios más libres, ahora que se habla tanto de sismos".

"No hay aviso en el baño de emergencia que indique que se está utilizando".

"El personal entra y sale al consultorio de endocrinología, mucha bulla, por favor acondicionar un ambiente".

"En la cochera hace mucho frío, deben de colocar toldos, mejorar los servicios higiénicos".

Respecto a la oportunidad de la atención surgen algunos problemas:

En la encuesta llevada a cabo a pacientes de consulta externa el 22% refirió que no se le presta atención en el horario programado.

En la teleconsulta se evidencian problemas en el proceso de obtener la cita:

"Muy larga la fecha para la cita".

"Llamo a admisión para sacar cita demoran más o menos 20 minutos o nos derivan a otro número, pero no contestan".

"Se demoran demasiado en atender mi llamada para obtener cita, tuve que insistir varias veces".

"Llamé y esperé como 20 minutos y luego me cortaron y tuve que llamar luego y yo no tengo dinero para recargar mi celular a cada rato".

"Es un problema pedir cita por teléfono, tuve que ir a la cochera porque no me atendieron, no contestan las llamadas."

"La cita para vacunación me da para un mes. Llamé el 13 de junio me dieron cita 20 de julio."

## 2.- DIMENSION HUMANA

La dimensión humana de la atención se valora midiendo la experiencia del usuario, tanto en la información que se le brinda, como la amabilidad en el trato.

En los últimos años, la población que acude a nuestro hospital, en términos generales, la dimensión humana no está afectada en nuestro hospital.

En las entrevistas en profundidad se han identificado las siguientes preocupaciones respecto a la relación paciente –personal de salud:

"en emergencia no, trato déspota, tenemos que atender porque después se van a quejar" (Entrevista a usuarias de hospitalización Ginecoobstetricia-COVID 19).

"bueno con ellos mala experiencia porque me decían las "enfermeras" de dónde vienes, de San Juan de Lurigancho, ¿qué desde allá vienes hasta acá', que haces acá?, tú tienes que irte a la sala de COVID, un trato discriminador, fue cómo 5 a 6 pm por emergencia" (Entrevista a usuarias de hospitalización Ginecoobstetricia-COVID 19).

"me gustaría que el terapeuta tenga más paciencia, hable más suave, más calmado" (entrevista Tele rehabilitación)

También se evidencia dificultades respecto a la información para los procesos de atención.

"Poner en su página web ruta de atención de los pacientes, los pasos, es simple, el procedimiento que tenemos que hacer para las atenciones, flujos, pasos para las sesiones, otras personas lo puedan ver, tenemos que estar averiguando y a veces no saben orientar, se pierde mucho tiempo" (entrevista Tele rehabilitación)

Otros hallazgos recogidos en las entrevistas a pacientes que recibieron atención pro tele consulta fueron:

75% de los usuarios consideró que se respetó su privacidad durante su atención por tele consulta.

100% de usuarios manifestó que fue comprensible la explicación que le brindó el personal de salud sobre los pasos para realizar su tele consulta.

75% de los usuarios indicó que el médico le brindó el tiempo necesario para resolver sus dudas o preguntas respecto a su problema de salud o el de su hijo.

96% indicó que comprendió la explicación que le brindó el médico sobre los medicamentos prescritos: dosis, vía, presentación, hora indicada y efectos adversos.

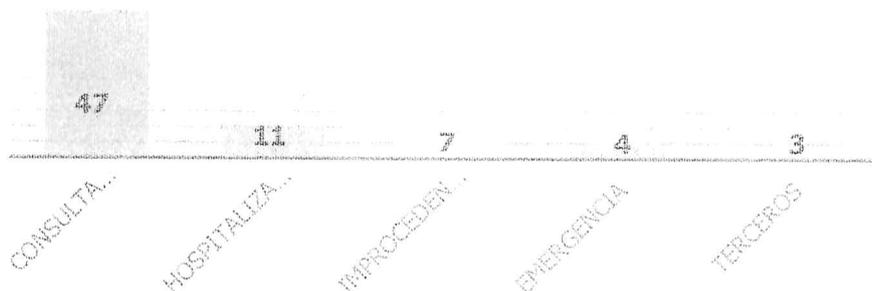
87% de los usuarios indicó que el médico le brindó confianza, amabilidad y respeto.

79% manifestó que el médico le explicó claramente el proceso para realizarse los procedimientos o análisis de laboratorio.

Respecto a la Gestión de Libro de Reclamaciones institucional 2021, durante este periodo se registraron 72 reclamos en salud en los Libros de Reclamaciones físico y virtual con los que cuenta la entidad para tal propósito.

El servicio de Consulta externa generó el 65% de los reclamos, el servicio de hospitalización el 15%, el servicio de emergencia 6%, terceros 4% y se declararon improcedentes el 10% de los reclamos en el 2021.

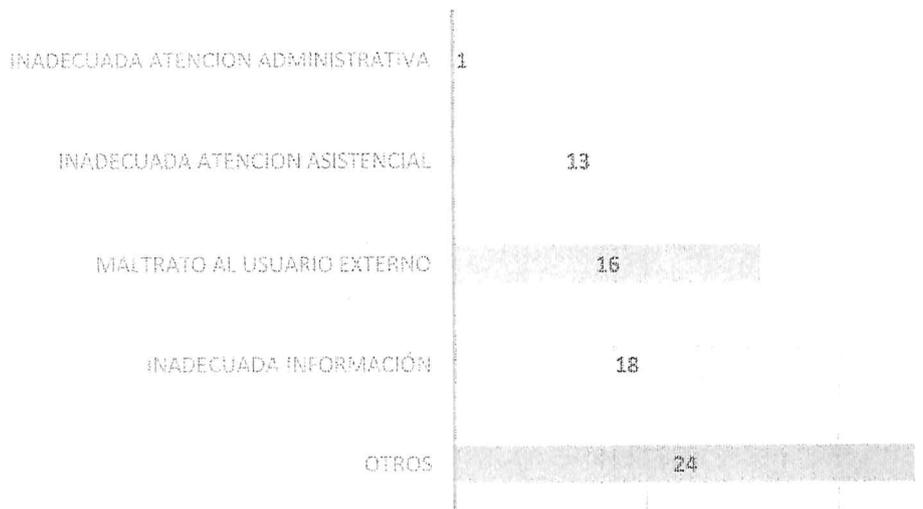
Gráfico N° 02  
Reclamos por área de Ocurrencia año 2021



Fuente: Unidad de Mejora Continua-OGC

La temática más reclamada durante el año 2021 ha sido la señalada con el rubro de Otros que representa el 33% de los reclamos y que no está relacionada directamente con la atención sino con la dificultad para poder comunicarse con la Unidad de admisión.

**Gráfico N° 03**  
**Reclamos según Temática año 2021**



Fuente: Unidad de Mejora Continua-OGC

De los 72 reclamos presentados en el año 2021 se ha atendido el 100% de los reclamos, 88% dentro del plazo y 12 % fuera del plazo que señala la ley.

**Gráfico N° 04**  
**Oportunidad de Atención de Reclamos año 2021**



Fuente: Unidad de Mejora Continua-OGC



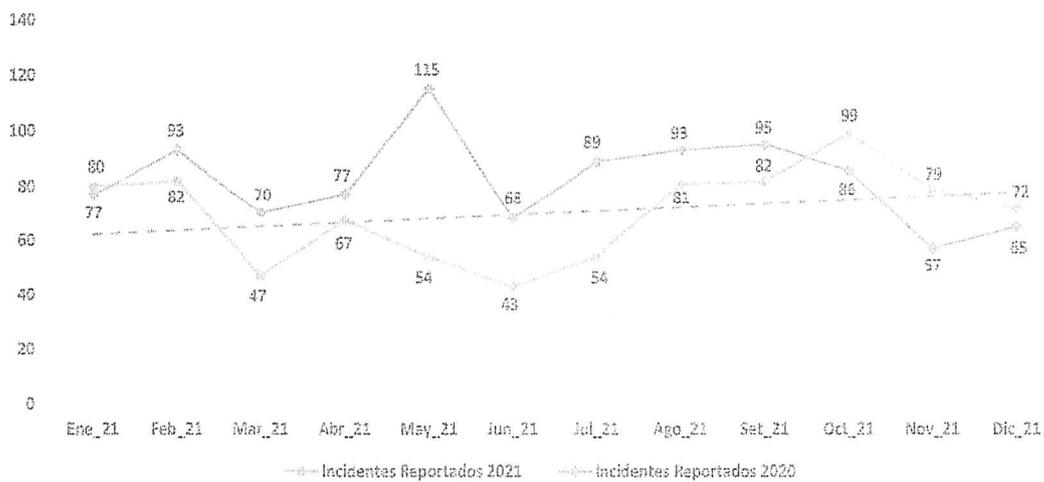
### 3.- DIMENSION TECNICA

Esta dimensión tiene que ver fundamentalmente con la seguridad de la atención, por lo que la mejor fuente para ilustrar esta dimensión es el sistema de notificación de eventos adversos.

#### INCIDENTES DE SEGURIDAD

En el año 2021 se han notificado un total de 840 incidentes de seguridad.

**Gráfico N° 05**  
Incidentes de Seguridad del paciente Enero – Diciembre 2020 vs. 2021

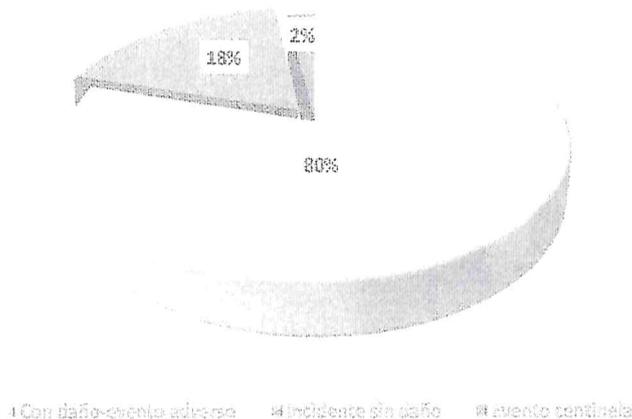


Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Servicio. Unidad de Seguridad del Paciente --OGC

En el Gráfico N° 04, se observa el total de incidentes de seguridad del paciente reportados por todos los servicios del HONADOMANI-SB del periodo enero a diciembre 2020 Vs 2021. En el año 2021 se reportó 840 incidentes de seguridad del paciente con una línea de tendencia ascendente; comparativamente, en el año 2020 se reportaron 985 incidentes, esta diferencia podría ser explicada por factores relacionados al contexto de la pandemia del COVID 19.

**Gráfico N° 06**  
Tipos de incidentes de seguridad del paciente. Enero a Diciembre 2021

TIPOS DE INCIDENTE	TOTAL
Con daño-evento adverso	669
Incidente sin daño	154
Evento centinela	17
<b>TOTAL</b>	<b>840</b>

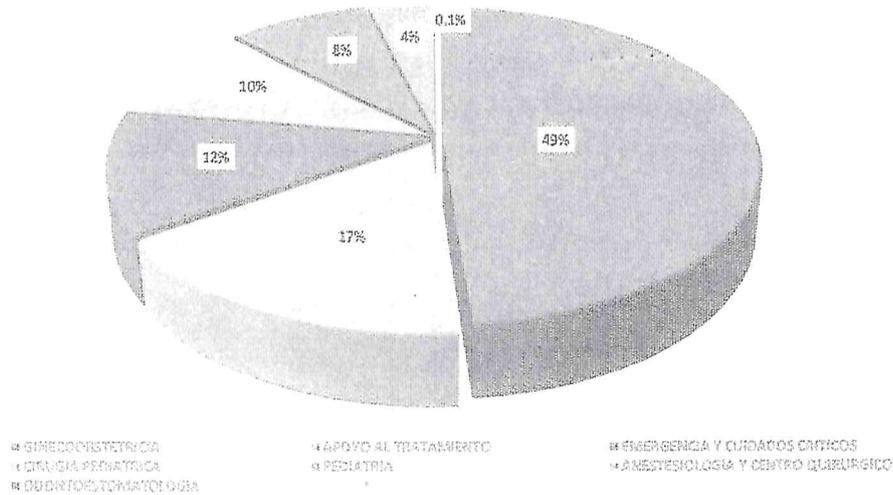


Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Servicio. Unidad de Seguridad del Paciente --OGC



En el gráfico N° 05, apreciamos los tipos de incidentes reportados en los diferentes servicios durante el año 2021, siendo el 80% incidentes con daño - evento adverso, el 18% incidentes sin daño y, se reportó 17 eventos centinelas (2%).

**Gráfico N° 07**  
**Incidentes de Seguridad del paciente Reportados por Departamentos - 2021**

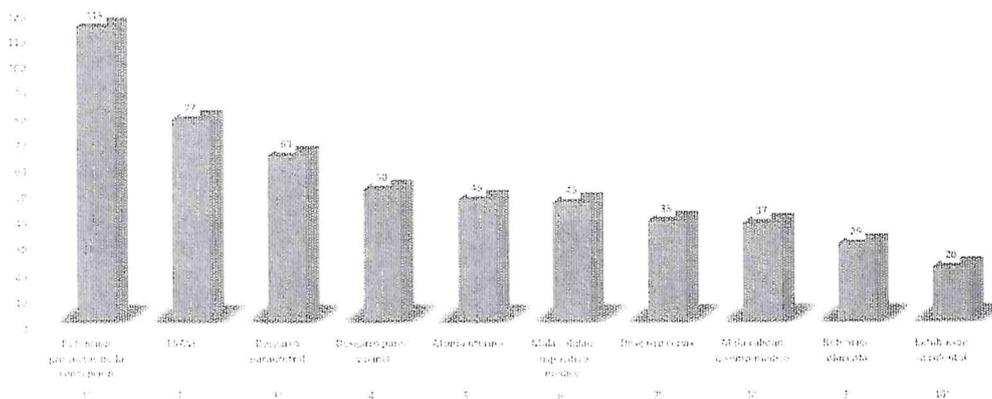


Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Servicio. Unidad de Seguridad del Paciente –OGC

En el Gráfico N° 06, podemos observar que los Departamentos que más han reportado incidentes durante el año 2021 fueron: Gineco-obstetricia, Apoyo al Tratamiento, Emergencia y Cuidados Críticos, Cirugía pediátrica, Pediatría, Anestesiología y Centro Quirúrgico. El Departamento de Ayuda al Diagnóstico reportó cero casos.

Según el análisis del reporte por servicios, de los 29 que han funcionado solo 12 servicios (41%) han enviado de manera regular el consolidado de incidentes de seguridad reportando casos. 11 servicios (38%) han reportado de manera constante cero casos y 06 servicios (21%) permanentemente no han informado.

**Gráfico N° 08**  
**Diez incidentes de seguridad del paciente más frecuentes - 2021**



Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Servicio. Unidad de Seguridad del Paciente –OGC



En el Gráfico N° 07, apreciamos los 10 incidentes de seguridad del paciente más frecuentes reportados en el HONADOMANI-SB durante el año 2021. El incidente más frecuente es la retención de productos de la concepción, le sigue el ESAVI (Por la vacunación para el COVID 19), el desgarro parauretral, desgarro de pared vaginal, la atonía uterina, la mala calidad de dispositivo médico, el desgarro de cérvix y la mala calidad de insumo médico.

Tabla N° 02: Eventos Centinela reportados por Departamentos. Enero a Diciembre 2021.

DEPARTAMENTO	N° DE EVENTOS CENTINELAS REPORTADOS
DPTO DE GINECO-OBSTETRICIA	4
DPTO DE PEDIATRIA	6
DPTO DE CIRUGIA PEDIATRICA	2
DPTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	0
DPTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	4
DPTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO	1
DPTO DE APOYO AL TRATAMIENTO	0
DPTO DE AYUDA AL DIAGNOSTICO	0

Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Servicio. Unidad de Seguridad del Paciente –OGC

En el año 2021 se reportó 17 eventos centinela, la mayoría de estos se reportaron en los Departamentos de Pediatría (06 casos), Emergencia y Cuidados Críticos (04 casos) y, Ginecoobstetricia (04 casos).

Gráfico N° 09  
Eventos Centinela reportados por Servicios. Enero a Diciembre 2021.



Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Servicio. Unidad de Seguridad del Paciente –OGC

En el gráfico N° 8, podemos observar que el año 2021 se reportaron 17 eventos centinela, los Servicios que reportaron la mayor cantidad de casos son: de Medicina Materno Fetal (04 casos), Neonatología (04 casos) y el Servicio de Cuidados Críticos

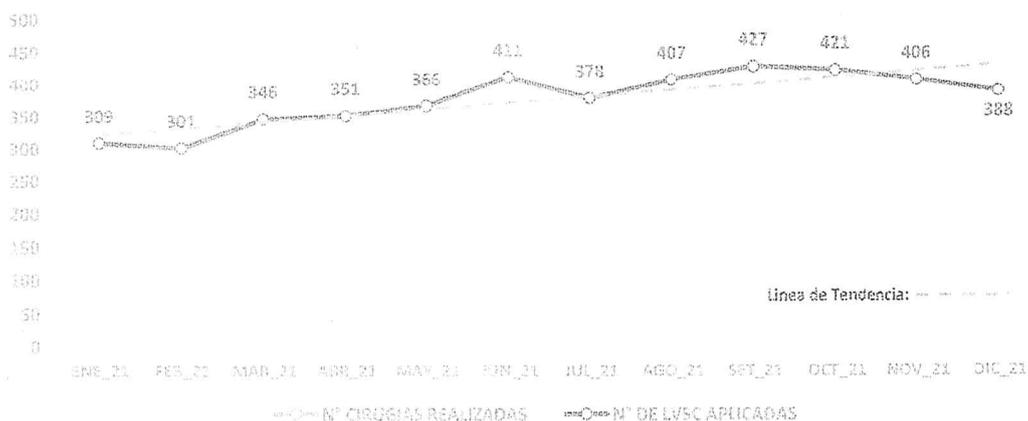


del Niño y Adolescente (03 casos). Los eventos centinela más frecuentes fueron: la muerte (09 casos, con 02 muertes maternas y 07 muertes entre neonatales e infantiles), el paro cardiorrespiratorio (05 casos) y, el óbito fetal (02 casos).

**LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (LVSC)**

En nuestro Hospital desde el año 2009 se ha implementado y se aplica la LVSC y mensualmente se monitoriza y evalúa su aplicación. En relación a la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, durante el año 2021 se realizaron un total de 4511 procedimientos quirúrgicos y se aplicaron el mismo número de Listas de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).

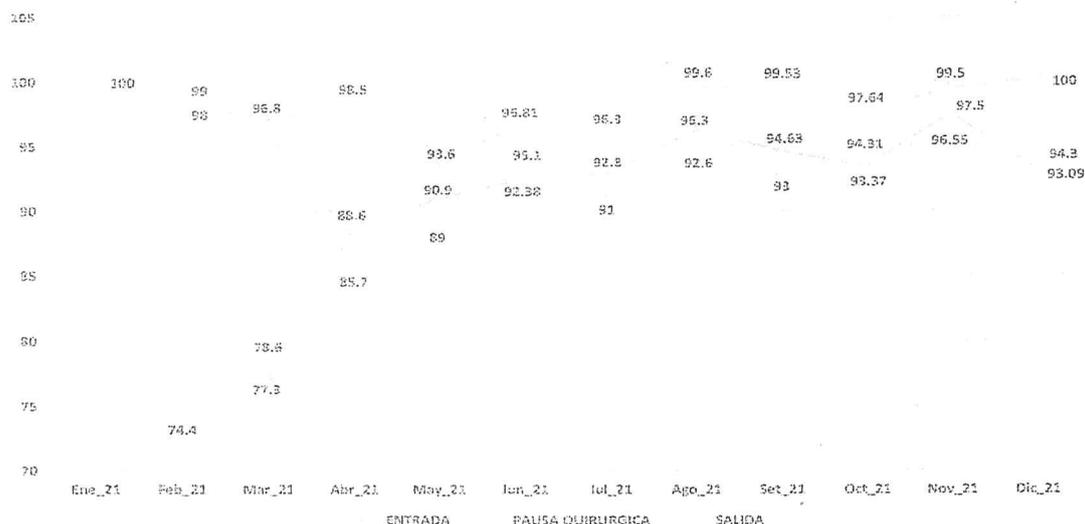
**Gráfico N° 10**  
**LVSC Aplicadas vs Cirugías Realizadas. Enero a Diciembre 2021**



Fuente: Reporte del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico. Enero a Diciembre 2021.

En el gráfico N° 09 apreciamos que, la adherencia de la LVSC es del 100%, con un total de 4511 procedimientos quirúrgicos realizados de enero a diciembre del 2021 y con una tendencia ascendente en el número de procedimientos quirúrgicos.

**Gráfico N° 11**  
**Porcentaje de cumplimiento de la LVSC por cada momento por meses. Enero a Diciembre 2021**



Fuente: Reporte del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico. Enero a Diciembre 2021.



En el gráfico N° 10, se muestra el porcentaje de cumplimiento en cada una de las 3 etapas de la lista de verificación de seguridad de la cirugía de enero a diciembre 2021. Observamos que, la segunda etapa (pausa quirúrgica) es la que presenta el mayor cumplimiento, seguida de la primera etapa (antes de la inducción anestésica) y la tercera etapa (antes que el paciente salga del quirófano). Los promedios de cumplimiento son: 93% en la primera etapa, 98% en la segunda etapa y 90% en la tercera etapa.

#### RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el año 2021 se cumplió el 100% de las rondas de seguridad del paciente programadas (12 rondas), lográndose evaluar en dos oportunidades a cada Servicio.

Por el contexto de la pandemia del COVID-19, se modificó la metodología habiéndose aprobado mediante la Resolución Directoral N° 084-2021-DG-HONADOMANI-SB el Documento Técnico Rondas de Seguridad en Tiempos de COVID-19 del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Este documento técnico establece criterios técnicos y metodológicos para el desarrollo de las rondas de seguridad del paciente en el contexto de la pandemia por el COVID-19, de tal manera que se reduce el riesgo de transmisión del SARS COV-2 durante el desarrollo de las rondas de Seguridad y establece entre otros aspectos dos momentos claramente definidos, uno presencial y otro virtual, respetando siempre lo establecido en la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN.

#### CUADRO N° 01 PROMEDIO DEL CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGÚN SERVICIO - 2021

N°	SERVICIO EVALUADO	N° BUENAS PRACTICAS EVALUADAS	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO
1	Hospitalización Obstetricia Sala "D"	44	77%
2	Hospitalización Neonatología	46	87%
3	Hospitalización Cirugía Pediátrica	46	93%
4	Cuidados Críticos del Neonato	53	100%
5	Emergencia Obstétrica	59	88%
6	Emergencia Pediátrica	57	100%
<b>TOTAL</b>		<b>305</b>	<b>91%</b>

En el cuadro N° 01 se observa, que de los Servicios en los que se realizó las rondas de seguridad del paciente, en dos de ellos el porcentaje de cumplimiento de las buenas prácticas evaluadas está en el 100%, en uno está en el 93% y en dos de ellos está por encima del 85%, siendo el Servicio de Hospitalización de Obstetricia Sala "D" el que tiene el menor porcentaje de cumplimiento (77%). Se evaluaron un total de 305 buenas prácticas y el promedio general de cumplimiento fue de 91%, se incumplieron 25 (8%).

**CUADRO N° 02  
MONITOREO DE LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES CORRECTIVAS DE LAS  
BUENAS PRÁCTICAS INCUMPLIDAS EN LAS RONDAS DE SEGURIDAD  
DEL PACIENTE – 2021**

N°	SERVICIO EVALUADO	ACCIONES CORRECTIVAS	ESTADO ACTUAL DE LA BUENA PRACTICA		
			INCUMPLIDO	PROCESO	CUMPLIDO
1	Hospitalización Obstetricia Sala "D"	9	2	3	4
2	Hospitalización Neonatología	6	0	0	6
3	Hospitalización Cirugía Pediátrica	3	0	0	3
4	Cuidados Críticos del Neonato	0	-	-	-
5	Emergencia Obstétrica	5*	1	0	4
6	Emergencia Pediátrica	0	-	-	-
<b>TOTAL</b>		<b>23</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>17</b>

\* Solo son 05 acciones correctivas sujetas a seguimiento, en razón que 02 acciones correctivas aún están dentro del plazo establecido para su cumplimiento (al 23-12-21)

En el cuadro N° 02 se observa que, de las 25 acciones correctivas a ser implementadas, se realizó el seguimiento de las acciones correctivas de solo 23, en razón que la ronda de seguridad del Servicio de Emergencia Obstétrica se ha realizado el 19 de noviembre del 2021 con dos acciones correctivas cuyos plazos de implementación a la fecha del seguimiento (23 de diciembre del 2021) aún estaban en vigencia. De las 23 acciones correctivas sujetas de seguimiento 03 (13%) no se han implementado, 03 (13%) están en proceso de implementación y 17 (74%) se han implementado. Con la implementación de las 17 acciones correctivas, la cantidad de buenas prácticas que se cumplieron en el 2021 se incrementó de 280 a 297; por lo tanto, el porcentaje de cumplimiento promedio de las buenas prácticas pasó de 91% a 98%.

**ANALISIS DE CAUSA RAIZ DE EVENTOS CENTINELA**

En el año 2021 se realizaron 04 análisis causa raíz, todos por vía virtual

**CUADRO N° 03  
ANALISIS CAUSA RAIZ DE EVENTOS CENTINELA - 2021**

N°	DEPARTAMENTO	SERVICIO	EVENTO CENTINELA	MES
1	Emergencia y Cuidados Críticos	Cuidados Críticos del Niño y Adolescente	Muerte por Shock Séptico	Abril
2	Pediatría	Lactantes	Muerte por neumotórax	Mayo
3	Ginecoobstetricia	Medicina Materno Fetal	Muerte neonatal por distocia de hombros	Setiembre
4	Pediatría	Neonatología	Muerte neonatal	Octubre

Fuente: Informes de análisis causa raíz 2021. Unidad de Seguridad del Paciente –OGC

De los 17 eventos centinela reportados durante el año 2021, solo se realizó el análisis causa raíz de 04 eventos centinela, ello se debió a la limitación de recursos humanos, específicamente la falta de un profesional médico más en la Unidad de Seguridad del Paciente; adicionalmente, el contexto de la pandemia y la sobrecarga de labores de los equipos de salud de los diferentes servicios, limitaron la disponibilidad de tiempo para realizar las reuniones de ACR, aun cuando estas eran virtuales. No se logró realizar el monitoreo de la implementación de las acciones correctivas planteadas en los planes de acción derivados de los ACR realizados.

## ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS

La adherencia a la higiene de manos es una medida importante y eficaz contra la infección asociada a los cuidados, además, reduce el riesgo de infecciones y contribuye en la defensa contra la propagación de muchas enfermedades.

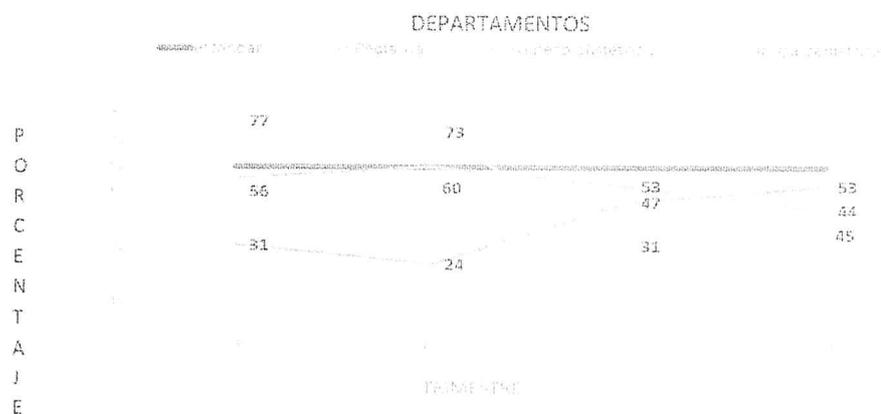
En el Hospital San Bartolomé la medición es mensual, durante el año 2021, se analizaron 574 oportunidades en los servicios: Hospitalización de Obstetricia, Hospitalización de Pediatría y Cirugía Pediátrica.

En el III trimestre la adherencia a la higiene de manos fue en promedio 43.6%, mayor en el departamento de Pediatría 52.5%, sin embargo este no alcanzó el estándar (60%) y el Departamento de Cirugía Pediátrica registró menor adherencia 31.6%

En el IV trimestre, la adherencia a la higiene de manos fue en promedio 47.4%, de los tres departamentos sujeto a estudio, ninguno de ellos alcanzó el estándar (60%), Siendo el Departamento de Gineco Obstetricia registró mayor adherencia 53.2% en relación a los departamentos de Cirugía Pediátrica 45.2% y Pediatría 43.8%.

Gráfico N° 12

Porcentaje de la Adherencia a la higiene de manos según área seleccionadas por trimestres-- HONADOMANI-SB 2021



Fuente: Informes trimestrales de adherencia a la higiene de manos en el ámbito hospitalario -- OGC

## 4.- CALIDAD DE LA ATENCION POR MACROPROCESOS (AUTOEVALUACIÓN)

El proceso de acreditación está basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar y de esta manera mejorar la calidad de la atención en una organización, así como la medida en que se ha logrado organizarse para brindar una atención de calidad, este es un proceso obligatorio que debemos cumplir. El logro de estos estándares de calidad nos da paso al proceso de la acreditación. La primera fase de la acreditación es la autoevaluación y los resultados de la autoevaluación 2021 alcanzó el 72% (Gráfico N°12).

**Gráfico N° 13**  
**Semaforización del Cumplimiento por Macro Procesos - Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - Autoevaluación 2021**

Macroprocesos	Porcentaje de Cumplimiento x Macroproceso
Direccionamiento	100.00
Gestión de recursos humanos	91.18
Gestión de la calidad	67.07
Manejo del riesgo de atención	91.76
Gestión de seguridad ante desastres	73.21
Control de la gestión y prestación	88.46
Atención ambulatoria	55.00
Atención de hospitalización	42.59
Atención de emergencias	78.95
Atención quirúrgica	61.70
Docencia e Investigación	92.86
Apoyo diagnóstico y tratamiento	52.27
Admisión y alta	74.29
Referencia y contra referencia	94.12
Gestión de medicamentos	100.00
Gestión de la información	93.48
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	70.69
Manejo del riesgo social	100.00
Manejo de nutrición de pacientes	76.47
Gestión de insumos y materiales	100.00
Gestión de equipos e infraestructura	73.53
<b>TOTAL</b>	<b>72%</b>

Menos del 50%     
  De 50% a <70%     
  De 70% a <85%     
  ≥85%

Fuente: Informe de la autoevaluación para la acreditación del HONADOMANI San Bartolomé 2019 – OGC.

De los 21 macroprocesos evaluados, 1 obtuvo calificación menos del 50% (rojo), 4 macroprocesos alcanzaron calificación más del 50% y menos del 75% (anaranjado), 6 macroprocesos alcanzaron calificación entre el 75% y menos del 85% (amarillo) y finalmente 10 macroprocesos alcanzaron calificación más del 85% (verde).

De lo observado se concluye que a pesar la calificación en general no ha mejorado en relación al año 2019, año que se evaluó todos los macroprocesos, sin embargo, ha mejorado los resultados de los macroprocesos; disminuyendo los macroprocesos con calificación menos del 50% y aumentando los macroprocesos con calificación más del 85%, lo cual podría ser un indicativo que las actividades que se realiza en el hospital se están alineando a criterios de calidad.

### INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD

Se realiza vigilancia activa, selectiva y por factores de riesgo de Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS), anteriormente llamadas Infecciones Intrahospitalarias (IIH), en los servicios de Ginecoobstetricia se vigila las Endometritis asociadas a Parto vaginal, Endometritis asociada a Cesárea, e Infección de Sitio Operatorio (ISO) también asociada a Cesárea. En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal se vigila Infección del Torrente Sanguíneo (ITS) asociada a Catéter Venoso periférico (CVP) y a Catéter

Venoso Central (CVC) y Neumonía asociada a Ventilación Mecánica, según Norma Técnica de salud N° 163 sobre Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

**Gráfico N° 14 Comparativo tasas mensuales de infecciones de sitio operatorio asociado a cesárea 2020-2021 HONADOMANI-SB**

Fuente: Oficina de Epidemiología

Respecto a la Infección de Sitio Operatorio (ISO) asociada a Cesárea, de 2434 pacientes vigiladas, 49 de ellas presentaron infección del sitio operatorio, presentándose una tasa de incidencia para el 2021 de 2,01/100 cesáreas, mayor al promedio nacional (0,88), a la categoría de establecimiento III-E, (1,01) y a la tasa del año 2020 (1,9). Las ISO se producen por múltiples factores entre ellos tenemos: inadecuado lavado de manos, incumplimiento de antibiótico profilaxis, inadecuada preparación pre operatoria (baño y recorte de vello), quiebre de técnica aséptica durante el procedimiento quirúrgico.

**Gráfico N° 15. Comparativo tasas mensuales de endometritis puerperal asociado a cesárea 2020-2021 HONADOMANI-SB**

Fuente: Oficina de Epidemiología

En relación a Endometritis Puerperal asociada a Cesárea, para el año 2021, se vigilaron 2,434 pacientes cesareadas, 19 de ellas presentaron endometritis puerperal, siendo la tasa 0,78/100 cesáreas, mayor a 0,22 que es el promedio nacional, a 0,29 que es la



incidencia por categoría de establecimiento III-E, pero menor a la tasa del año 2020 (1,1).

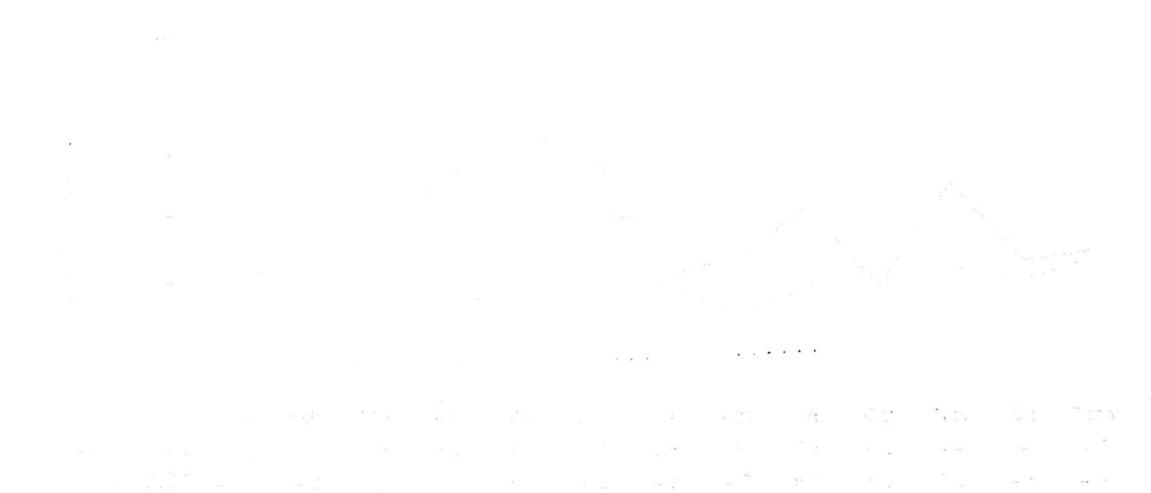
**Gráfico N° 16. Comparativo tasas mensuales de endometritis puerperal asociado a parto vaginal 2020-2021 HONADOMANI-SB**



Fuente: Oficina de Epidemiología

En el año 2021 se vigilaron a 2,731 pacientes de parto vaginal, cuatro de ellas presentaron endometritis puerperal, siendo la tasa de incidencia 0,15/100 PV, encontrándonos por arriba del promedio nacional (0,12), de la categoría de establecimiento III-E (0,14), pero por debajo de la tasa presentada en el año 2020 (0,4).

**Gráfico N° 17. Comparativo tasas mensuales de infecciones de torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central 2020-2021 HONADOMANI-SB**



Fuente: Oficina de Epidemiología

En La UCIN, en el año 2021 se vigilaron 248 pacientes con CVC, 14 de ellos presentaron ITS/CVC, siendo la tasa 4,7 /1000 días cvc, encontrándonos por arriba del promedio nacional (2,92), de la categoría de establecimiento III-E (3,97), pero por debajo de la tasa del año 2020 (4,9).



Respecto a la Infección del Torrente Sanguíneo asociada a Catéter Venoso Periférico (CVP) en la UCI Neonatal en el año 2021 se vigilaron 174 pacientes con catéter periférico, ninguno presentó infección asociada a este dispositivo.

**Gráfico N° 18. Comparativo tasas mensuales de neumonía asociada a ventilación mecánica en UCI Neonatal 2020-2021 HONADOMANI-SB**

Fuente: Oficina de Epidemiología

En relación a neumonía asociada a V.M. en la UCI Neonatal, se vigilaron en el año 2021 a 180 pacientes en ventilación mecánica, cinco de ellos presentaron infección, siendo la tasa 3,1/1000 días, encontrándonos por arriba del promedio nacional (2,77), de la categoría de establecimiento III-E (2,97) e igual a la tasa presentada en el año 2020 (3,1).

**AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION**

En el marco del cumplimiento del Plan de auditoría correspondiente al año 2021, la Oficina de Gestión de la Calidad, A través de la Unidad de Garantía de la Calidad coordina y apoya el desarrollo de las actividades de auditoría médica y de Salud. En el año 2021 se realizaron 4 auditorías médicas, 3 de ellas fueron muertes maternas 1 pediátrica.

La oficina además realiza el seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones cuyo porcentaje fue de un 21%

**Tabla N° 2 Auditorías realizadas en el 2021 HONADOMANI-SB**

Documento de elevación	Caso	Fecha del Informe	Recomendaciones
Nota informativa N° 042-2021 OGC HONADOMANI SB	Muerte materna	22 Feb-21	9
Nota informativa N° 093-2021 OGC HONADOMANI SB	Muerte materna	20-Abr-21	7
Nota informativa N° 150-2021 OGC HONADOMANI SB	Muerte neonatal	12-Jul-21	9
Nota Informativa N°302-2021 - OGC-HONADOMANI SB	Muerte materna	20-dic-21	9



**Tabla N° 3. Estado actual de las recomendaciones generadas en las auditorías. HONADOMANI-SB 2021**

Total de Recomendaciones	Recomendaciones cumplidas	Recomendaciones en proceso	Recomendaciones no cumplidas	Recomendaciones aún en plazo de ejecución	Total de Recomendaciones
34	7	0	20	7	34

Fuente: Matriz de seguimiento del cumplimiento de implementación de las recomendaciones de las auditorías de casos 2021. OGC

Es notable destacar el alto grado de incumplimiento a las recomendaciones. Solo se ha cumplido con el 21% de las recomendaciones en plazo de ejecución.

Mediante la Resolución Directoral N°030 2021-DG-HONADOMANI SB del 05 de marzo del 2021, La Dirección General aprobó el Documento Técnico "Plan de Auditoría para la calidad de atención en salud del HONADOMANI San Bartolomé", el cual tiene como finalidad mejorar la calidad de nuestros usuarios, incidiendo en los procesos de atención. La Unidad de Garantía de la Calidad y los Comités de Auditoría Médica y de Salud, fueron los responsables de cumplir las actividades contenidas en el mencionado plan.

El total de las actividades programadas fueron 15, contenidas en 4 objetivos:

- Objetivo N° 1: Organizar las actividades de los comités de auditoría.
- Objetivo N° 2: Evaluar la calidad del registro en la historia clínica durante la atención por tele consulta.
- Objetivo N° 3: Identificar los aspectos más frecuentes de incumplimiento en las normas
- Objetivo N° 4: Promover la mejora continua de la atención a partir de la identificación de las no conformidades de la auditoría de registro por tele consulta.

De las 15 actividades programadas, 12 se cumplieron (80%) y 3 están en proceso (20%)

## VIII. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer las intervenciones de seguridad de la atención y de mejora de la calidad, que lleven a la acreditación del Hospital.

## IX. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Fortalecer la Organización de la Calidad
2. Fortalecer las buenas prácticas de atención
3. Monitorear y evaluar los riesgos de la atención
4. Monitorear y Evaluar la calidad de atención brindada
5. Desarrollar proyectos de mejora institucional de los procesos de atención
6. Fortalecer los mecanismos de atención e información al usuario
7. Mejorar la oportunidad de la atención ambulatoria
8. Lograr la acreditación/certificación institucional
9. Conocer el grado de satisfacción del usuario externo

10. Estandarizar los procesos en la atención clínica
11. Verificar la Calidad de Atención Técnica en Salud

## **X. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES POR OBJETIVO ESPECÍFICO**

1. **Fortalecer la Organización de la Calidad**  
Planificación de la Gestión de la Calidad  
Desarrollo del Plan Anual de Gestión de la Calidad
2. **Fortalecer las buenas prácticas de atención**  
Evaluación de la aplicación de la Lista de verificación de cirugía segura  
Ejecución de rondas de seguridad  
Cumplimiento de la adherencia de higiene de manos
3. **Monitorear y evaluar los riesgos de la atención**  
Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud
4. **Monitorear y Evaluar la calidad de atención brindada**  
Monitoreo de la implementación de acciones correctivas derivadas de los planes de acción de análisis causa raíz y de rondas de seguridad  
Monitorear los Indicadores de Calidad
5. **Desarrollar proyectos de mejora institucional de los procesos de atención**  
Implementación de PMC (Proyecto de mejora de la calidad)
6. **Fortalecer los mecanismos de atención e información al usuario**  
Gestión de los reclamos del Libro de Reclamaciones
7. **Mejorar la oportunidad de la atención ambulatoria**  
Gestión del Plan Cero Colas
8. **Lograr la acreditación/certificación institucional**  
Desarrollo del Plan de Mejora Post Autoevaluación 2021  
Desarrollo de la Autoevaluación 2022
9. **Conocer el grado de satisfacción del usuario externo**  
Medición de la satisfacción del usuario externo
10. **Estandarizar los procesos en la atención clínica**  
Implementación de Guías de Procedimiento Asistencial  
Implementación de Guías de Práctica Clínica  
Adherencia a guías de práctica clínica por UPSS (%)
11. **Verificar la Calidad de Atención Técnica en Salud**  
Desarrollo de Auditoría de la Calidad de Atención

## **XI. RESPONSABILIDADES**

La Oficina de Gestión de la Calidad del HONADOMANI, será responsable del cumplimiento, monitoreo y evaluación del presente Plan.



## XII. ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad 2022 del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.



Anexo 1: Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad 2021 del HONADOMANI San Bartolomé

OBJETIVO	INDICADOR	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	UNIDAD ORGANICA	Total Prog. 2022	PROGRAMACIÓN 2022													
							Ene	Feb.	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
Optimizar la Acreditación / Certificación Institucional	IND 1: Incremento en el porcentaje de los resultados de la autoevaluación n: 5 puntos (en relación a la última AE).	Acciones de Control	Supervisión y Monitoreo de la Elaboración de Control Interno.	Informe		4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1		
		Desarrollo del Plan de Mejora Post AE	Elaborar el Plan de Mejora Post AE	Un (01) Documento	OGC- U Garantía de Calidad	1		1												
			Seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejora Post AE	Dos (01) Informes de sgto.	OGC- UGC	2			1			1								
			Proponer listado de evaluadores internos	Un (01) Informe	OGC- UGC	1						1								
			Desarrollar actividad de capacitación de evaluadores internos	Un (01) Informe de capacitac.	OGC- UGC	1								1						
			Desarrollo de la AE	Elaborar el Plan de AE	Una (01) Resolución Directoral	Dirección General	1									1				
				Ejecución de AE	Formatos cumplimentados	OGC- UGC	1											1		
				Cumplir el Proceso de Autoevaluación según la NTS: Acreditación de EESS y SMA.	Un (01) Informe de AE	OGC- UGC	1													1









Adherencia a GPC por UPSS (%)	Evaluación de la adherencia a las GPC y GPA	Cuatro (04) Informes	OGC	4	1	1	1	1	1	1	1	1
Verificar la Calidad de Atención Técnica en Salud	Desarrollo de Auditoría de la Calidad de Atención	Una (01) Resolución Directoral aprobación	OGC- UGC	1								
		Dos (02) Informes de la Ejecución del PAACA	OGC- UGC	2	1							1
		Tres (03) Informes de sgto.	OGC- UGC	3	1						1	
Fortalecer la Organización de la Calidad	Planificación de la Gestión de la Calidad	Una (01) Resolución Directoral aprobación	OGC	1	1							
		Cuatro (04) Informes Ejecución del PAGC	OGC	4	1	1						
Fortalecer las buenas prácticas de atención	Medición de la adherencia a la higiene de manos	Cuatro (04) informes monitoreo adherencia a la HM	OGC/Epide miología	4	1	1						1
		Informe trimestral cumplimiento de la adherencia a la HM en servicios priorizados	OGC/Epide miología	4	1	1						

OGC: Oficina de Gestión de la Calidad USP: Unidad de Seguridad del Paciente UGC: Unidad de Garantía de Calidad UMCC Unidad de Mejora Continua de la Calidad



**PRESUPUESTO PGC- 2022**

CATEGORÍA	GARANTIA DE LA CALIDAD	SEGURIDAD DEL PACIENTE	MEJORA CONTINUA	VIGILAR COVID -19	PRECIO UNITARIO	GASTOS OPERATIVOS INCLUIDOS EN EL PLAN OPERATIVO 2021	TOTAL
Útiles de Escritorio	1511.53	1511.53	1511.53		381.93	No requiere presupuesto adicional	
Capacitación (de acuerdo a PDP 2021)	2500.00					Incluido en el PDP 2022 aprobado con RD 036-SB-2022	
Aseo y Limpieza	895.25	895.25	895.25	895.25	382.55	No requiere presupuesto adicional	
Contratación encuestadores			6000.00		1000.00		6000.00
Vestuario	1930.00	1930.00	1930.00	1930.00	3185.00	No requiere presupuesto adicional	
Informático	5792.87	5792.87	5792.87		10753.41	Plan anual de informática	
Bienes	525.90				525.90	No requiere presupuesto adicional	
<b>TOTAL</b>	<b>13,155.55</b>	<b>10,129.65</b>	<b>16,129.65</b>	<b>2,825.25</b>	<b>16,228.79</b>		<b>S/ 6,000.00</b>

